

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

GRADO DE ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante

Facultat de Ciències de la Salut
Facultad de Ciencias de la Salud

**Heridas perineales tras el parto: concepto,
incidencia, factores de riesgo,
complicaciones, prevención y tratamiento.
Revisión exploratoria.**

Perineal wounds after childbirth: concept, incidence, risk
factors, complications, prevention and treatment. Scoping
Review.

Claudia Rabasco Calderón

Tutor: José Verdú Soriano

ÍNDICE

RESUMEN.....	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVO DEL ESTUDIO.....	7
3. METODOLOGÍA	8
Diseño	8
Método de búsqueda	8
Evaluación de la calidad.....	9
4. RESULTADOS/DISCUSIÓN	9
Concepto e incidencia	23
Factores de riesgo.....	25
Complicaciones	28
Prevención.....	30
Tratamiento	31
5. CONCLUSIONES	32
6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA	33
7. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN	34
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	34
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

RESUMEN

Objetivo: Explorar las heridas perineales relacionadas con el parto, conocer el concepto de heridas perineales, su incidencia, los factores de riesgo, las complicaciones, la prevención y el tratamiento asociado a ellas.

Método/diseño: Se ha realizado una revisión exploratoria de la literatura científica con el fin de analizar las heridas perineales. Para ello, se han utilizado las bases de datos Medline (PubMed), LILACS y CINAHL.

Resultados/discusión: Finalmente, se seleccionaron 22 artículos para la síntesis cuantitativa, la mayoría estudios observacionales y revisiones sistemáticas. Se llevó a cabo una evaluación de la calidad. Se establecieron seis áreas de investigación: concepto y clasificación de las heridas perineales, incidencia, factores de riesgo, complicaciones, prevención y tratamiento. La mayor parte de los artículos trataban los factores de riesgo del trauma perineal, mientras que solamente uno de ellos examinó el tratamiento de dichas heridas.

Conclusión: Las heridas perineales se definen como cualquier lesión en los genitales durante el parto, ya sea de forma espontánea o inducida. Los desgarros perineales se clasifican según la Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). La incidencia de los desgarros perineales oscila entre un 16-78%, siendo los leves los más frecuentes. Los factores de riesgo son: parto instrumentado, mayor peso al nacer, primiparidad, presentación occipito-posterior (OP), edad gestacional, posición del parto, aumento del trabajo del parto y episiotomía. Las complicaciones a corto plazo son la infección y la dehiscencia de la herida. Como métodos de prevención se aplica el masaje perineal prenatal y las compresas tibias durante el parto. Las indicaciones en cuanto al tratamiento son escasas por falta de publicaciones relacionadas con él.

Palabras clave: trauma perineal, episiotomía, desgarros perineales, parto, herida

ABSTRACT

Aim: To explore childbirth related perineal wounds, understand the concept of perineal wounds, incidence, risk factors, complications, prevention and treatment associated to them.

Methods: A scoping review of the scientific literature has been carried out in order to analyze perineal wounds. For this, Medline (PubMed), LILACS and CINAHL databases were used.

Results/discussion: Finally, 22 articles were selected for the quantitative synthesis, most of them observational studies and systematic reviews. Quality assessment of included studies was performed in all of them. Six areas of research were established: concept and classification of perineal wounds, incidence, risk factors, complications, prevention and treatment. Most articles addressed risk factors for perineal trauma, whilst only one of them examined treatment of such wounds.

Conclusion: Perineal trauma is described as any injury to the genitals during labor, either spontaneously or induced. Perineal tears are classified according to the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Incidence of perineal tears ranges from 16-78%, mild ones being the most frequent. Risk factors are instrumented labor, increased birth weight, primiparity, occipito-posterior (OP) position, gestational age, position of labor, increased labor and episiotomy. Short-term complications are infection and wound dehiscence. As prevention methods, antenatal perineal massage and warm compresses applied during labor. Indications regarding treatment are scarce due to a lack of publications related to it.

Keywords: perineal trauma, episiotomy, perineal tear, birth, wound, labor

1. INTRODUCCIÓN

La mayor parte de los aproximadamente 400 mil nacimientos que ocurren en España cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones ni al comienzo ni durante el trabajo del parto (1). Tradicionalmente, se ha considerado el parto como un proceso fisiológico que debe desarrollarse sin problemas para la madre y el recién nacido. Sin embargo, ambos pueden presentar complicaciones graves que incluso pueden llegar a ocasionar la muerte tanto de la madre como del recién nacido.

El parto se define como el proceso fisiológico mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina al exterior del organismo materno (2). Se pueden distinguir dos tipos bien diferenciados, el parto vaginal y el parto por cesárea. En cuanto al parto vaginal, según la forma en la que se desencadene, transcurra y finalice encontramos múltiples definiciones:

- **Parto normal:** parto de comienzo espontáneo y bajo riesgo determinado al comienzo del parto, manteniéndose como tal hasta el alumbramiento (2).
- **Parto de baja intervención:** procedimiento de asistencia al parto no interviniendo en el proceso, o interviniendo lo mínimo indispensable siempre que esté justificado por desviaciones de la normalidad. Conocido socialmente como parto natural (2).
- **Parto instrumentado:** parto en el que es necesario el empleo de diversos instrumentos obstétricos (ventosa, fórceps o espátulas) para proceder a su finalización (2).

Aunque el parto vaginal sea la vía de nacimiento por excelencia (3), existen determinadas situaciones en las que no es posible llevar a cabo el parto por este medio, bien porque la situación clínica determine que la gestación debe finalizar con rapidez o porque se prevé con un cierto grado de seguridad que la evolución vaginal del parto no es razonable (2). En esos casos, se recurre al parto por cesárea, que se trata de un procedimiento quirúrgico en el que el feto nace debido a una incisión en el abdomen y el útero de la madre. Las complicaciones médicas y del embarazo, la rotura prematura de membranas (RPM), la corioamnionitis, la sospecha de riesgo fetal, la muerte fetal y un embarazo prolongado son algunas de las indicaciones terapéuticas para la realización de una cesárea (2).

Tanto en el parto vaginal como en el parto por cesárea pueden surgir complicaciones y algunas de ellas se relacionan con las heridas perineales o también denominado trauma perineal. Por ejemplo, en el caso del parto vaginal pueden aparecer complicaciones como las distocias (dinámicas, del canal blando, mecánicas, de hombro), la presentación podálica del feto, la prolongación o detención del parto (4), que pueden dar lugar a desgarros espontáneos del canal de parto. Asimismo, estas complicaciones también pueden dar lugar a la realización de una episiotomía que, aunque también deriva del parto vaginal, se produce de forma inducida y no espontánea como es el caso de los desgarros. En cuanto al parto por cesárea, la complicación más frecuente relacionada con las heridas es la dehiscencia de la herida quirúrgica (4).

‘El trauma perineal es uno de los principales problemas en el expulsivo de un parto vaginal, ya sea en forma de episiotomía o de desgarro espontáneo’ (5). ‘El periodo expulsivo, conocido como segunda etapa del parto, es aquel que tiene lugar entre el momento en el que se alcanza la dilatación completa y el instante en el que se lleva a cabo la expulsión del feto’ (5). Según el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), los desgarros perineales que se producen de forma espontánea se definen y clasifican de la siguiente manera (4): **desgarro de primer grado:** implica la lesión de la piel perineal y/o mucosa vaginal (4), **desgarro de segundo grado:** conlleva la lesión de los músculos del periné, pero no del esfínter (4), **desgarro de tercer grado:** se considera una lesión del perineo que involucra el complejo del esfínter anal y se diferencian 3 tipos de lesiones: **3A:** conlleva una lesión de menos del 50% del esfínter anal externo, **3B:** supone una lesión de más del 50% del grosor del esfínter anal externo y **3C:** implica una lesión del esfínter externo e interno (4) y, por último, el **desgarro de cuarto grado:** implica una lesión de los músculos del esfínter anal (externo e interno) y de la mucosa rectal (4). Por otro lado, la episiotomía se define como una incisión perineal controlada y realizada adecuadamente al final de la segunda etapa del parto para facilitar la salida del feto al aumentar el diámetro vaginal (6).

Entre un 53-79% de las mujeres sufrirán algún tipo de laceración durante el parto vaginal, siendo la mayoría laceraciones de primer y segundo grado (7). Este tipo de heridas pueden surgir tanto en mujeres con un parto de alto riesgo como en mujeres con un parto sin riesgo aparente. Sin embargo, existen factores de riesgo establecidos para este tipo de lesiones: alto peso al nacer, parto instrumentado y segunda etapa del trabajo

de parto prolongada (8). También se sugieren otros factores de riesgo como la episiotomía, la analgesia epidural, la inducción del trabajo del parto y la edad materna, aunque su fiabilidad no es muy consistente (8).

‘El trauma perineal puede estar asociado con morbilidades a corto y largo plazo’ (6). Las complicaciones locales como la infección y la dehiscencia de la herida suelen ser las más frecuentes a corto plazo. Según el Centro de Control de Enfermedades (CDC), la infección de la herida perineal se define como aquella herida que tiene al menos una de las siguientes características: descarga purulenta con o sin confirmación de laboratorio y al menos uno de los siguientes signos de infección: aumento del dolor o sensibilidad, hinchazón localizada, enrojecimiento o calor, fiebre superior a 38° y absceso en la episiotomía (9). Por el contrario, la dehiscencia de la herida perineal se define como la separación completa de la mucosa o al menos del 50% de la longitud de la zona reparada (9). Otras complicaciones a corto plazo son resultados anatómicos inadecuados, mayor pérdida de sangre, formación de hematomas, dispareunia, abscesos, dolor e inflamación (6) (10). A largo plazo podemos encontrar la disfunción sexual, el prolapso genital y la incontinencia urinaria y fecal (6) (10).

El trauma perineal afecta a gran parte de los millones de mujeres que dan a luz cada día en todo el mundo. Se trata de una problemática que repercute en la vida de las parturientas que, más allá de experimentar el nacimiento de un hijo, tendrán que lidiar con las consecuencias a corto y largo plazo que este tipo de heridas generan. La finalidad de este estudio es clarificar el concepto y la clasificación del trauma perineal, conocer su incidencia y los factores de riesgo asociados, así como los métodos de prevención y su tratamiento.

2. OBJETIVO DEL ESTUDIO

Este estudio pretende determinar como objetivo general el análisis de las heridas perineales relacionadas con el parto, mediante una revisión exploratoria de la literatura científica y un posterior análisis de las publicaciones. Por otro lado, como objetivos específicos se busca conocer el concepto de heridas perineales, su incidencia en la población, cuales son los factores de riesgo, las complicaciones, la prevención y el tratamiento asociado a dichas heridas.

3. METODOLOGÍA

Diseño

Se ha realizado una revisión exploratoria o Scoping Review. Este tipo de revisión es ‘una síntesis de la evidencia sobre un tema relacionado con la salud que describe el conocimiento existente sobre el mismo. Sirve para generar hipótesis, establecer líneas de investigación, o como base para la elaboración de informes técnicos’ (11).

Método de búsqueda

Estrategia de búsqueda

La búsqueda de publicaciones científicas se realizó en las bases de datos Pubmed (Medline), CINAHL y LILACS durante el periodo que incluye la creación de las bases de datos hasta marzo de 2020. La estrategia de búsqueda se realizó mediante texto libre utilizando las palabras birth, complication, episiotomy, perineal tear y vaginal delivery. Asimismo, se utilizaron los operadores booleanos OR y AND con la finalidad de establecer relaciones entre los términos de búsqueda. También se empleó el carácter de truncamiento (*) en las palabras complication*, episiotom*, perineal tear* y vaginal deliver* con el objetivo de encontrarlas en todas sus formas. Se consideraron los artículos disponibles en inglés y español.

Se emplearon varias estrategias de búsqueda, en primer lugar, se utilizó ‘*birth AND complicat* AND (episiotom* OR perineal tear*)*’, en segundo lugar, se empleó la estrategia ‘*complicat* AND episiotom* AND (vaginal deliver* OR birth)*’, también se aplicó la estrategia ‘*episiotomia AND complica**’ y, por último, ‘*birth AND complications AND (episiotomy OR perineal tear)*’. Las búsquedas se realizaron durante los meses de noviembre y diciembre de 2019 y durante los meses de enero, febrero y marzo de 2020.

Criterios de inclusión y de exclusión

Antes de iniciar la búsqueda de bibliografía, se establecieron los criterios de inclusión y exclusión para poder determinar el campo de estudio. Los criterios de inclusión son los siguientes:

- Artículos que tratan sobre las heridas perineales, su concepto, factores de riesgo, complicaciones, prevención y tratamiento asociados.

- Idioma de las publicaciones en castellano o en inglés.
- Fecha de publicación de los artículos entre 2008 y 2020.
- Accesibilidad a texto completo gratuito.
- Tipo de diseño: revisiones sistemáticas, estudios transversales, observacionales, cohortes, casos y controles, ensayos controlados aleatorios.

Se excluyeron todos aquellos artículos que no respondían a la pregunta de estudio, los que estaban centrados en los efectos de la episiotomía restrictiva frente a la rutinaria y aquellos con baja y muy baja calidad de la evidencia. También se excluyeron las revisiones bibliográficas, las monografías, las guías de práctica clínica y las auditorías por motivos de baja calidad de la evidencia.

Evaluación de la calidad

Previo a la evaluación de la calidad se establecieron unos rangos de puntuación: puntuación superior al 75% indica calidad muy alta, puntuación entre 50-75% calidad alta, puntuación entre 25-50% calidad baja y puntuación inferior a 25% calidad muy baja. Para ello, se utilizaron los instrumentos de medida PRISMA, STROBE y CONSORT que se pueden localizar en EQUATOR NETWORK (12). Se incluyeron todos aquellos artículos con una calidad alta o muy alta.

4. RESULTADOS/DISCUSIÓN

Como se puede observar en la Figura 1, los resultados obtenidos en las bases de datos fueron un total de 1000 artículos. Se excluyeron aquellos artículos duplicados y aquellos que no cumplían criterios de inclusión en base al título y el resumen. Tras realizar una lectura completa de los artículos seleccionados y excluir aquellos que no se encontraban dentro de los criterios de inclusión, como se observa en el diagrama de flujo, finalmente, se incluyeron un total de 22 artículos para la síntesis cualitativa.

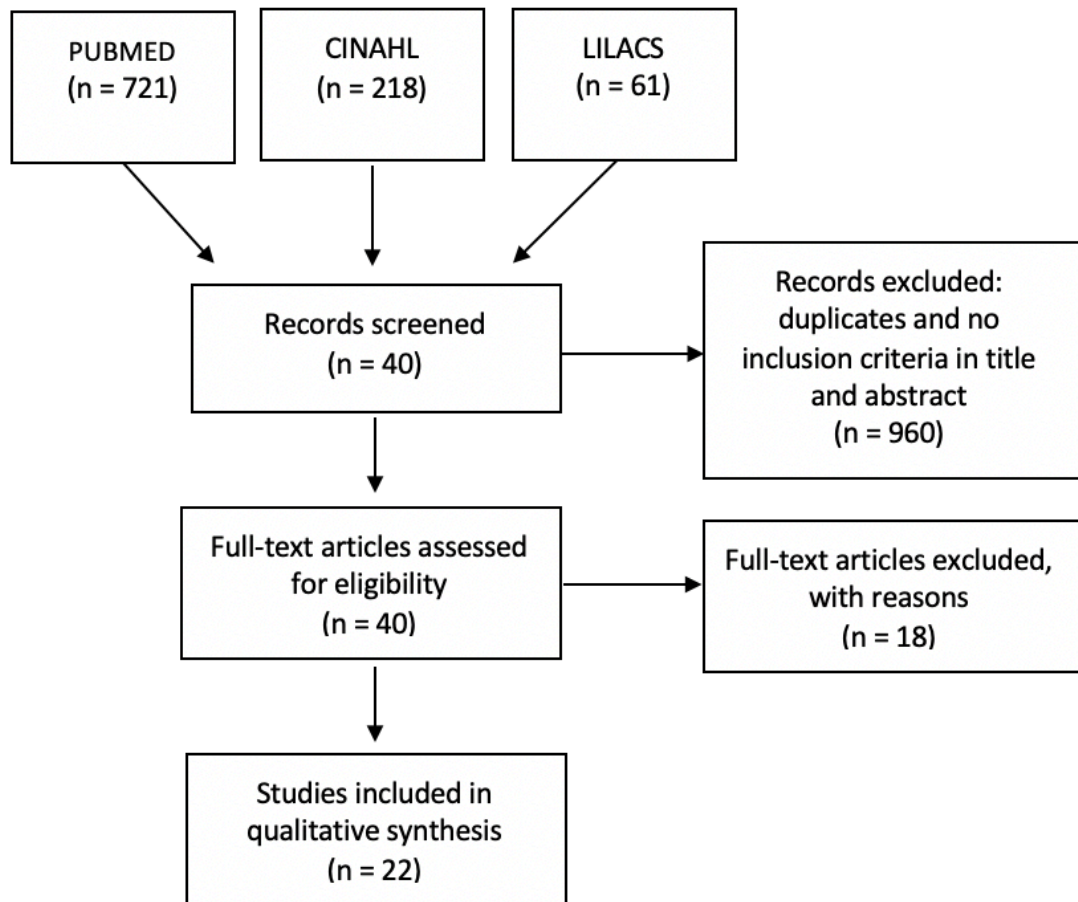


Figura 1: Diagrama de flujo

En la Tabla 1 se encuentra sintetizada la información de cada artículo junto con la puntuación sobre la calidad de la evidencia.

Tabla 1: Síntesis de artículos incluidos en la revisión							
Autor	Año	País	Objetivo	Diseño	Población / Muestra	Resultados	Calidad de la evidencia
Abedzadeh-Kalahroudi (13)	2018	Irán	Evaluar la incidencia de trauma perineal y factores de riesgo en el nacimiento	Estudio transversal	Todas las mujeres que tuvieron parto vaginal en los hospitales de Kashan durante el año 2015 / 3255 mujeres	68,3% episiotomía 16% laceración perineal De todos los partos vaginales, un 84,3% tuvieron alguna herida vaginal.	STROBE 19/34 = 55,9% Calidad ALTA
Beckmann y Stock (14)	2013	Australia	Evaluar el efecto del masaje perineal digital prenatal en la incidencia de trauma perineal durante el embarazo y su posterior morbilidad	Revisión sistemática	Todas las mujeres embarazadas que planean parto vaginal y han recibido masaje perineal digital al menos durante las últimas semanas del embarazo	El masaje perineal digital prenatal se asoció con una reducción general de la incidencia de traumas perineales que requieren sutura.	PRISMA 20/27 = 74,1% Calidad ALTA
Frigerio (15)	2018	Italia	Evaluar las tasas de desgarro de grado III y IV y los factores de riesgo relacionados en un único centro italiano	Estudio de cohortes retrospectivo (observacional)	Todos los partos vaginales desde 2011 hasta 2015 en un único hospital universitario italiano	62 de 10133 (0,61%) tuvo desgarro perineal severo. Factores de riesgo: edad gestacional >40 semanas, parto instrumentado, distocia de hombro, fase de pujo ≥90 minutos, posición de litotomía, peso al nacer >4kg, circunferencia de la cabeza al nacer >34cm y longitud al nacer >50cm.	STROBE 23/34 = 67,6% Calidad ALTA
Gommesen (16)	2019	Alemania	Examinar los factores de riesgo	Estudio de cohortes	603 mujeres primíparas en tres grupos: 2013 con	El parto instrumental y un peso al nacer >4kg	STROBE 28/34 = 82,4%

			de desgarros perineales y la prevalencia de infección de la herida perineal y dehiscencia relacionada con el grado de desgarro perineal en mujeres primíparas	prospectivo (observacional)	ningún/1º grado, 200 con 2º grado y 200 con 3º/4º grado incluidas entre julio de 2015 y enero de 2018 de cuatro hospitales daneses	aumentaron el riesgo de desgarro perineal de 3º/4º grado. Un BMI >35kg/m2 aumentaron el riesgo de infección y dehiscencia de la herida. La episiotomía triplicó el riesgo de infección. El tratamiento con antibióticos durante el parto y después del parto pareció disminuir el riesgo de dehiscencia.	Calidad MUY ALTA
Johnson (17)	2012	Reino Unido	Establecer la incidencia de infecciones de heridas en mujeres posparto con desgarros perineales suturados e identificar los factores de riesgo asociados de infección	Estudio prospectivo	Mujeres que sufrieron una rotura perineal entre el 1 de septiembre y el 30 de noviembre de 2009 en el Hospital Universitario Croydon	409 de 1091 mujeres (37%) sufrieron desgarros perineales, incluidas episiotomías suturadas. De las 341 mujeres que respondieron, el 11% tenía evidencia de infección de la herida perineal. Factores de riesgo: rotura prematura y prolongada de membranas, múltiples exámenes vaginales, episiotomía, grado de desgarro espontáneo, tipo de parto y problemas médicos preexistentes.	STROBE 20/34 = 58,8% Calidad ALTA
Mellizo-Gaviria (18)	2016	Colombia	Determinar la frecuencia de la	Estudio descriptivo de	Gestantes con embarazo >37 semanas cuyos	La frecuencia de la realización de episiotomía	STROBE 22/34 = 64,7%

			realización de episiotomía, explorar los factores asociados a esta y describir resultados maternos y perinatales	corte transversal	partos fueron atendidos el primer semestre del año 2016 en un hospital público del departamento del Cauca (Colombia).	fue de 30,45%, la complicación mas frecuente fue el desgarro perineal (29%). En cuanto a los factores de riesgo, la nuliparidad fue el único factor asociado al uso de la episiotomía.	Calidad ALTA
Sangkomkamhang (19)	2019	Tailandia	Determinar si la episiotomía restrictiva o de rutina en mujeres embarazadas a término del sudeste asiático produce menos complicaciones	Ensayo controlado aleatorio multicéntrico	3006 mujeres embarazadas solteras de 18 años o más, 37 semanas de gestación, presentación cefálica y parto vaginal planificado	3006 mujeres fueron asignadas aleatoriamente a episiotomía restrictiva (1502) y de rutina (1504). No hubo diferencias en la laceración perineal severa entre los grupos. La episiotomía restrictiva resultó en perinés más intactos en mujeres multíparas. La episiotomía restrictiva aumentó el riesgo de laceración vaginal en mujeres primíparas y multíparas, pero no condujo a más suturas.	CONSORT 27/37 = 72,9% Calidad ALTA
Schmidt (20)	2018	Dinamarca	Examinar si la reparación secundaria temprana de las roturas labiales, las	Estudio retrospectivo	126 mujeres sometidas a una reparación secundaria temprana de laceraciones en el nacimiento que no	72,2% de las reparaciones secundarias fueron laceraciones perineales de 2° grado. Indicación más común para la reparación	STROBE 25/34 = 73,5% Calidad ALTA

			laceraciones perineales de 1º y 2º grado y las episiotomías proporcionaron un resultado anatómicamente aceptable		involucran el esfínter dentro de los 21 días posteriores al parto. Las pacientes fueron incluidas del 1 de enero de 2014 al 11 de agosto de 2017 en el Hospital Universitario de Aarhus, Dinamarca	secundaria temprana: dehiscencia de la herida (55,3%). 7 días después de la reparación secundaria temprana, el resultado se consideró anatómicamente aceptable en el 67,5% de los casos, no óptimo en el 22,2% y no fue posible evaluarlo en el 10,3% de los casos. En el 7,9% de los casos se clasificaron como signos objetivos de infección en la visita de seguimiento después de la reparación secundaria temprana.	
Yogev (21)	2013	Israel	Evaluar el riesgo de recurrencia de desgarros perineales de 3º y 4º grado (34DPT) y determinar si 34DPT anterior es un factor de riesgo independiente para 34DPT en partos posteriores	Estudio de cohortes retrospectivo	Todas las mujeres que se sometieron a un parto vaginal complicado por 34DPT en un solo centro médico terciario entre 200 y 2012 y que posteriormente dieron a luz nuevamente en el mismo centro médico	Las mujeres que experimentaron 34DPT en su embarazo anterior tienen un mayor riesgo de recurrencia de 34DPT en el embarazo posterior, especialmente en casos de desgarros pasados de 4º grado.	STROBE 21/32 = 61,8% Calidad ALTA
Gebuza (22)	2018	Polonia	Identificar los factores asociados		El estudio involucró a 4493 mujeres después de	El riesgo de episiotomía se relacionó con: un peso al	STROBE 20/34 = 58,8 %

			con la episiotomía y el desgarro perineal		un parto vaginal en el Hospital Policlínico Regional Ludwik Rydygier en Torun	nacer superior a 3500 gramos, un parto instrumental mediante fórceps o extracción al vacío. La disminución de la tasa de episiotomía aumentó la tasa de desgarro perineal de 1º y 2º grado. El estudio ha demostrado que la episiotomía protege a las mujeres del desgarro perineal de 3º y 4º grado.	Calidad ALTA
Jones (23)	2019	Reino Unido	Determinar la incidencia de infección y dehiscencia de la herida perineal relacionada con el parto	Revisión sistemática	Se realizaron búsquedas en las bases de datos Medline, Embase y Cinahl desde el inicio hasta septiembre de 2018 utilizando MeSH, textwords y variantes de palabras apropiadas para garantizar la captura de todos los estudios relevantes. No se aplicaron restricciones al modo de nacimiento, grado de trauma, paridad, país o idioma	La incidencia informada de infección de la herida por traumatismo perineal relacionada con el parto varió de 0.1% a 23.6% y la dehiscencia de la herida de 0.21% a 24.6%.	PRISMA 19/27 = 70,4% Calidad ALTA

Shmueli (24)	2016	Israel	Identificar factores de riesgo para episiotomía, así como evaluar la asociación entre episiotomía mediolateral y lesión obstétrica del esfínter anal	Estudio de cohortes retrospectivo	Se incluyeron todos los partos vaginales únicos a término (37+0/7 semanas a 42*0/7 semanas) desde julio de 2007 hasta diciembre de 2014 en un solo centro médico terciario afiliado a la universidad	Los factores de riesgo para la episiotomía fueron la edad materna, la edad gestacional, la analgesia regional, la inducción del parto, el meconio y el peso al nacer. La episiotomía se asoció con desgarro perineal de 3° grado.	STROBE 18/34 = 52,9% Calidad ALTA
Suto (25)	2015	Tokio	Investigar la prevalencia de laceraciones perineales y los factores asociados entre las mujeres japonesas de bajo riesgo que tuvieron nacimientos vaginales espontáneos normales	Estudio descriptivo retrospectivo	Se incluyeron mujeres embarazadas que fueron atendidas entre el 1 de enero de 2008 y el 30 de junio de 2011 en 3 centros de parto dirigidos por comadronas en Tokio, Japón, donde rara vez se aplican intervenciones médicas invasivas	Las laceraciones de 1° grado ocurrieron en el 36.7% de las mujeres nulíparas y el 27.1% de las mujeres multíparas, y las laceraciones de 2° grado ocurrieron en el 13.5% de las mujeres nulíparas y el 3.0% de las mujeres multíparas. Una mujer multípara experimentó una laceración de 3° grado (0.1%). Ninguna mujer sufrió laceraciones de 4° grado.	STROBE 19/34 = 55,9% Calidad ALTA
Vale de Castro (26)	2015	Brasil	Evaluar la ocurrencia de laceraciones perineales graves en el parto vaginal y su relación con	Estudio de cohortes retrospectivo	941 partos vaginales durante 10 meses consecutivos entre 2013 y 2014	La incidencia global de laceraciones perineales en el parto vaginal fue del 78,2%. Las laceraciones se consideraron leves en 708 mujeres (75,7%) y graves	STROBE 20/34 = 58,8% Calidad ALTA

			factores predisponentes clínicos y obstétricos			en 23 mujeres (2.5%). La edad materna, la paridad, el uso de fórceps, la episiotomía mediolateral y el peso al nacer influyeron en la aparición de algún grado de desgarro.	
Wilson (27)	2020	Australia	Realizar una revisión exhaustiva de la literatura para examinar la evidencia para la prevención y el tratamiento de los desgarros perineales de tercer y cuarto grado	Revisión sistemática	Base de datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas, EMBASE, MEDLINE, Base de datos Maternity and Infant Care y Google Académico para los artículos publicados desde 2013	Los factores de riesgo con un claro aumento del riesgo de desgarros perineales graves incluyen: lactantes con mayor peso al nacer, episiotomía (todos los tipos) y parto vaginal operativo (instrumentado). Otros factores de riesgo que también tienen asociación con un aumento del riesgo incluyen: primiparidad, etnia asiática, anestesia epidural, inducción del parto, aumento del trabajo del parto y presentación occipital posterior persistente. Consideraciones prenatales para reducir los desgarros perineales	PRISMA 20/27 = 74% Calidad ALTA

						<p>severos: masaje perineal, uso de dispositivos, entrenamiento del suelo pélvico.</p> <p>Prácticas durante el trabajo de parto y parto para reducir los desgarros perineales severos: posición materna durante el parto, pujos durante la segunda etapa del parto.</p> <p>Manejo y cuidado durante el período posparto inmediato: valoración clínica de desgarros perineales, uso de ultrasonido endoanal para valorar lesiones del esfínter anal, técnicas obstétricas de reparación del esfínter anal, administración de antibióticos.</p>	
Aasheim (28)	2017	Noruega	Evaluar el efecto de las técnicas perineales durante la segunda etapa del parto sobre la incidencia y la morbilidad	Revisión sistemática	Registro Cochrane de Ensayos de Embarazo y Parto (26 de septiembre de 2016) y listas de referencias de estudios recuperados	El masaje y las compresas tibias pueden reducir el trauma perineal grave (desgarros de 3º Y 4º grado). Las técnicas de no intervención pueden reducir el número de	PRISMA 23/27 = 85,2% Calidad MUY ALTA

			asociadas con el trauma perineal			episiotomías, pero no estaba claro que estas técnicas tuvieran un efecto beneficioso sobre otros traumatismos perineales.	
Magoga (29)	2019	Italia	Evaluar la efectividad de las compresas calientes durante la segunda etapa del trabajo de parto para reducir el trauma perineal	Revisión sistemática	Mujeres embarazadas que planean tener un parto vaginal espontáneo a término con un feto único en presentación cefálica	Mayor tasa de perineo intacto en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Tasa menor de desgarros de 3° grado, de 4° grado, de 3° y 4° grado combinados y episiotomía. Las compresas calientes aplicadas durante la segunda etapa del trabajo de parto aumentan la incidencia de perineo intacto y reducen el riesgo de episiotomía y trauma perineal severo.	PRISMA 18/27 = 66,7% Calidad ALTA
Sveinsdottir (30)	2018	Islandia	El objetivo del estudio fue evaluar si la implementación de un programa de intervención en la segunda etapa del trabajo de parto con técnicas de soporte	Estudio de cohortes prospectivo y retrospectivo	Todas las mujeres alcanzan la segunda etapa del parto y dan a luz por vía vaginal a bebés solteros en el Hospital Universitario Landspítali retrospectivamente para 2008-2010 y	Los desgarros de 3° grado disminuyeron en un 40%, y los de 4° grado disminuyeron en un 56%. La prevalencia de desgarros de 1° grado aumentó de 25.8% a 33.1%, mientras que los de 2° grado disminuyeron de	STROBE 23/34 = 67,6% Calidad ALTA

			perineal alteradas redujo el trauma perineal severo		prospectivamente en 2012-2014	44.7% a 36.6% entre los períodos de estudio antes y después. El traumatismo perineal severo se relacionó con el peso al nacer, y esto no cambió a pesar de la nueva intervención.	
Wiseman et al (31)	2018	Reino Unido	Explorar la incidencia, la etiología y las experiencias de las mujeres con infección/ colapso de heridas asociadas con desgarros espontáneos de segundo grado	Estudio observacional prospectivo	2892 partos vaginales en un hospital terciario urbano del Servicio Nacional de Salud entre 2014-2015	El 76,8% tuvo trauma perineal y los desgarros de 2º grado fueron los más registrados.	STROBE 18/34 = 52,9% Calidad ALTA
Ugwu et al (32)	2018	Nigeria	Evaluar la efectividad del masaje perineal prenatal (APM) en la reducción del trauma perineal y las morbilidades posparto	Ensayo controlado aleatorio	108 primigestas en el Hospital Docente de la Universidad de Nigeria desde enero de 2013 hasta mayo de 2014	Las mujeres que recibieron APM fueron significativamente más propensas a tener un perineo intacto después del parto (50.9% vs 29.1%). La incidencia de episiotomía fue menor en el grupo de intervención (37.7% vs 58.2%). Las mujeres que recibieron	CONSORT 25/37 = 67,6% Calidad ALTA

						APM fueron significativamente menos propensas a desarrollar incontinencia de flatos (8.3% vs 26.0%).	
Hauck et al (33)	2014	Australia	Determinar las tasas y los factores de riesgo para desgarros perineales de tercer y cuarto grado (trauma perineal severo) en un contexto de Australia occidental.	Estudio de cohortes retrospectivo	Datos informatizados para 10,408 partos vaginales únicos de 28 semanas de gestación	La incidencia de traumatismo perineal severo fue del 3%, 5.4% para primíparas y 1.7% para multíparas. Los factores de riesgo asociados con el trauma y comunes a través de la paridad incluyeron distocia de hombros y parto asistido. La analgesia epidural, el parto prematuro y la episiotomía fueron protectoras en las primíparas, mientras que la episiotomía se asoció con un mayor riesgo en las multíparas. Los factores adicionales entre las primíparas fueron la presentación occipito-posterior (OP) y la segunda etapa prolongada, y entre las multíparas se incluyeron diabetes	STROBE 18/34 = 52,9% Calidad ALTA

						gestacional y peso al nacer > 4000 g.	
Oliveira et al (34)	2014	Brasil	Investigar la prevalencia de lesiones del esfínter obstétrico y anal (OASIS) en mujeres embarazadas sanas después del parto vaginal	Estudio transversal	3.034 pacientes con embarazos únicos en un hospital secundario para casos de bajo riesgo	La edad media de las mujeres era de 25 años; Más de la mitad (54,4%) eran primíparas. Casi el 38% de los participantes tenían laceraciones perineales; estos fueron severos en el 0.9% de los casos. El parto vaginal previo y el parto con fórceps fueron factores de riesgo asociados con lesiones perineales leves.	STROBE 23/34 = 67,6% Calidad ALTA

Concepto e incidencia

El concepto de las heridas perineales está bastante consensuado entre grupos especializados tanto de ginecólogos, obstetras y matronas, como de expertos en el campo de las heridas. Los autores Frigerio et al (15), Gommesen et al (16) y Wilson et Homer (27) han basado sus resultados según la clasificación de la RCOG (Tabla 2). Por otro lado, Suto et al (25) y Vale de Castro et al (26) también clasifican los desgarros perineales por grado, utilizando los mismos criterios que propone la RCOG, aunque no subdividen los desgarros de tercer grado en tres tipos. En el caso de Abedzadeh-Kalahroudi et al (13), define el trauma perineal englobando tanto los desgarros como las episiotomías y lo hace como ‘cualquier lesión en los genitales (incluida la piel, los músculos y la fascia) durante el parto, ya sea espontáneamente o debido a la episiotomía’. La episiotomía en concreto se define como una incisión quirúrgica en el perineo que se realiza durante la segunda etapa del parto vaginal para ampliar la abertura de la vagina (19). De manera que, mientras que los desgarros perineales son accidentales, las episiotomías siempre serán inducidas. No obstante, ambas resultan en una herida perineal.

Tabla 2: Clasificación de los desgarros perineales según el Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (27)	
Desgarros de primer grado	Lesión de la piel perineal y/o mucosa
Desgarros de segundo grado	Lesión del perineo que involucra los músculos perineales, pero no el esfínter anal
Desgarros de tercer grado	Lesión del perineo que involucra el complejo del esfínter anal
3A	Menos del 50% del grosor del esfínter anal externo desgarrado
3B	Más del 50% del grosor del esfínter anal externo desgarrado
3C	Esfínter anal externo e interno desgarrado
Desgarros de cuarto grado	Lesión del perineo que involucra el complejo del esfínter anal (externo e interno) y la mucosa ano-rectal

En cuanto a la incidencia de trauma perineal, como se puede observar en la Tabla 3, destacan los desgarros frente a las episiotomías. Si nos fijamos en la proporción de desgarros entre la población total de mujeres con partos vaginales, oscilan entre un 16% y un 78%. En relación con la proporción de desgarros entre mujeres con laceraciones, los más frecuentes son los de primer y segundo grado. Su proporción ronda entre el 93,5% y el 99,8%. Otros autores como Johnson et al registran una incidencia de trauma perineal del 37% pero no distingue entre episiotomías y desgarros.

La diferencia de incidencia de trauma perineal puede variar entre autores por muchos motivos. Algunas de las razones son: el tipo de población según los factores de riesgo, los patrones de práctica entre matronas en un determinado país u hospital, el grado de competencia de las matronas sobre la protección del periné, entre otros. Es el caso de Suto et al (25), donde se puede observar una incidencia de trauma perineal del 35,8%, particularmente de desgarros, siendo la mayoría lesiones leves. En Japón, las matronas que asisten los partos en el hogar siguen procesos de parto naturales, sin apresurarse y, además, tienen en cuenta muchos factores para minimizar el riesgo de complicaciones durante el parto (25). Otra posible razón de la baja incidencia de desgarros perineales en este estudio es el cuidado intenso que brindan las matronas en Japón (25). Al no estar legalmente habilitadas para realizar episiotomías o suturar laceraciones complejas, están altamente instruidas para proteger el periné (25). Lo que significa que más del 99% de las mujeres de bajo riesgo no precisan episiotomía si cuentan con el apoyo adecuado de matronas cualificadas (25). Por el contrario, autores como Oliveira et al (34) con una incidencia de desgarros perineales del 37,3%, atribuyen sus resultados a un diagnóstico erróneo de dichas lesiones. Causas como la inexperiencia de algunos profesionales pueden explicar el subregistro de estos eventos e influir en los datos de desgarros registrados (34). Del mismo modo, consideran que una buena atención prenatal, el diagnóstico de fetos macrosómicos, el apoyo manual del periné y el uso selectivo de la episiotomía mediolateral (MLE) podrían explicar la baja incidencia de desgarros perineales (34).

Tabla 3: Incidencia de trauma perineal y sus grados, siendo leves de primer y segundo grado y severas de tercer y cuarto grado.

Autor	Incidencia de trauma perineal (%)		Proporción de desgarros entre población total (%)		Proporción de desgarros entre las mujeres con laceraciones	
	Episiotomías	Desgarros	Leves	Severas	Leves	Severas
Abedzadeh-Kalahroudi et al (12)	68,3	16	15,9	0,1	99,2	0,8
Oliveira et al (33)	-	37,3	36,4	0,9	97,5	2,4
Vale de Castro et al (25)	-	78,2	75,7	2,5	96,9	3,1
Suto et al (24)	-	35,8	35,7	0,1	99,8	0,2
Frigerio et al (14)	-	-	-	0,6	-	-
Hauck et al (32)	-	-	-	3,2	-	-
Wiseman et al (30)	20,6	76,8	43,6	3,0	93,5	6,5
Johnson et al (16)	37% (episiotomías y desgarros)		-	-	-	-
Mellizo-Gavira et al (17)	30,5%	-	-	-	-	-

Factores de riesgo

Los factores de riesgo de trauma perineal han sido repetidamente estudiados a lo largo de los años en comparación con otros aspectos relacionados con las heridas perineales. Los autores Abedzadeh-Kalahroudi et al (13) Frigerio et al (15), Hauck et al (33) y Wilson et Homer (27) identificaron como factor de riesgo la etnia, concretamente la asiática, la india y la iraní. Abedzadeh-Kalahroudi et al (13) lo atribuye a la diferencia en el tejido muscular y la resistencia del perineo, ya que en algunas razas puede explicar un menor número de lesiones en este área. Sin embargo, según Hauck et al (33) las razones entre las diferencias raciales permanecen sin respuesta y puede ser complicado explicarlas por el hecho de que los grupos raciales pueden no ser necesariamente homogéneos.

Frigerio et al (15), Gommesen et al (16), Hauck et al (33), Vale de Castro et al (26), Lewis et al (35), Gebuza et al (22) y Wilson et Homer (27) reconocen el parto instrumentado como un factor de riesgo significativo de trauma perineal. Conviene señalar que según los resultados de Gommesen et al (16) y Vale de Castro et al (26), el parto instrumentado aumentó concretamente el riesgo de desgarro perineal severo (tercer y cuarto grado). Asimismo, Frigerio et al (15), Gommesen et al (16), Hauck et al (33), Vale de Castro et al (26), Lewis et al (35), Gebuza et al (22), Shmueli et al (24) y Wilson et Homer (27) indican que un mayor peso del bebé al nacer es un factor de riesgo de trauma perineal. En concreto, Gommesen et al (16) y Vale de Castro et al (26) resaltan que aumentó el riesgo de desgarros perineales severos. La mayoría de los autores citados anteriormente hablan de un peso superior a 4kg (15,16,24,26,27,33). Sin embargo, Lewis et al (35) y Gebuza et al (22) hablan de un peso mayor de 3,5kg.

Frigerio et al (15), Vale de Castro et al (26), Lewis et al (35), Mellizo-Gaviro et al (18) y Wilson et Homer (27) manifiestan que la nuliparidad o primiparidad suponen otro factor de riesgo de trauma perineal. Cabe destacar que Mellizo-Gavira et al (18) encuentra la nuliparidad como único factor asociado al uso de episiotomía. Además, conviene señalar que Vale de Castro et al (26) identifica la primiparidad como factor de riesgo para la aparición de desgarro perineal severo. Abedzadeh-Kalahdouri et al (13), Shmueli et al (24) y Suto et al (25) describen la edad materna como otro factor de riesgo de trauma perineal. En el estudio de Abedzadeh et al (13), las mujeres menores de 35 años tenían mayor riesgo de trauma perineal generalmente porque experimentan su primer o segundo embarazo. Por el contrario, Shmueli et al (24) reconoce una menor edad materna como factor protector de la episiotomía entre las mujeres nulíparas, mientras que en mujeres multíparas una mayor edad supone un factor de riesgo. De igual manera, Suto et al (25) identifica una mayor frecuencia de laceraciones a medida que aumenta la edad materna (≥ 35 años).

Frigerio et al (15) y Hauck et al (33) señalan la distocia de hombros como un factor de riesgo de trauma perineal. Abedzadeh-Kalahroudi et al (13), Shmueli et al (24) y Wilson et Homer (27) registran la inducción del parto como otro factor de riesgo de trauma perineal. Frigerio et al (15) y Hauck et al (33) encuentran una segunda etapa del parto prolongada como factor de riesgo significativo de trauma perineal. Frigerio et al (15), Hauck et al (33) y Wilson et Homer (27) identifican la presentación occipito-posterior

(OP) como factor de riesgo de trauma perineal. Según Hauck et al (33), la explicación sobre las diferencias en los factores de riesgo relacionados con el parto en posición OP permanecen sin aclarar. Frigerio et al (15) y Shmueli et al (24) establecen la edad gestacional como un factor de riesgo de trauma perineal. Frigerio et al indica una edad gestacional superior a 40 semanas, al igual que Shmueli et al (24), que hace referencia a una edad gestacional avanzada.

Además, Shmueli et al (24) identifica el meconio como un factor de riesgo de trauma perineal. La liberación del meconio es un signo de sufrimiento fetal, por lo que este autor lo relaciona con un impulso del personal sanitario a acelerar el parto, lo que contribuye a una mayor tasa de episiotomías. No obstante, no encuentra publicaciones que aborden su asociación. Frigerio et al (15), Oliveira et al (34) y Suto et al (25) indican que la posición de parto supone otro factor de riesgo para el trauma perineal. Frigerio et al (15) habla concretamente de la posición de litotomía. Aunque los datos sobre la posición materna durante el parto son limitados, se conoce que las posiciones no verticales están relacionadas con lesiones del esfínter anal, en particular, la litotomía resulta en un doble riesgo de este tipo de lesiones en comparación con la posición sentada. Oliveira et al (34) afirma que un hallazgo atípico de su estudio fue que la posición de pie durante el parto supone un factor de riesgo de trauma perineal severo y lo relaciona con un aumento de la presión vaginal basal mientras se está de pie en comparación a cuando se está acostado. Sin embargo, el estudio de Suto et al (25) revela que la posición de manos y rodillas (Figura 2) y el uso de una silla de parto (Figura 3) se asocian significativamente con laceraciones perineales. Así como también lo hace el parto en una piscina.



Figura 2: Posición de manos y rodillas



Figura 3: Silla de parto

Otros factores de riesgo identificados por Wilson et Homer (27) son un aumento del trabajo del parto y el uso de anestesia epidural. Por otro lado, Yogev et al (21) señala que

mujeres que experimentaron desgarros perineales de tercer y cuarto grado en su embarazo anterior tienen mayor riesgo de recurrencia de estas lesiones en embarazos posteriores, especialmente en casos de desgarros pasados de cuarto grado. Paralelamente, Shmueli et al (24) refiere que la analgesia regional supone un factor de riesgo para la episiotomía. Puede estar asociado con mayor riesgo a través de la prolongación de la segunda etapa del parto y la disminución de la sensación de contracciones que conducen a una menor calidad de los esfuerzos de empuje.

En cuanto a la episiotomía, existe bastante controversia por parte de los autores. Mientras que para Frigerio et al (15), la episiotomía no presentaba ni un factor de riesgo ni un factor protector de daño perineal, el estudio de Gebuza et al (22) demuestra que la episiotomía protege a las mujeres de desgarro perineal severo. Lo mismo indica el estudio de Oliveira et al (34), donde la episiotomía presenta un papel protector frente a este tipo de lesiones, ya que entre las mujeres que no tuvieron trauma perineal, a un 58,8% se le había realizado episiotomía y a un 41,2% no. Entre las mujeres con desgarro perineal leve, un 4,9% se le había realizado episiotomía frente a un 91,1% que no y, por último, entre las mujeres con desgarro perineal severo, al 29,6% se le había realizado episiotomía y al 70,4% no. En este caso el no realizar episiotomía conllevó a una mayor incidencia de trauma perineal. Por el contrario, los resultados de Vale de Castro et al (26) muestran que la episiotomía no pudo proteger contra laceración severa. En el caso de Sangkomkhamhang et al (19), la episiotomía restrictiva aumentó el riesgo de laceración vaginal. De la misma manera, en el estudio de Shmueli et al (24), la episiotomía se asoció con desgarro perineal de tercer grado. Asimismo, en la investigación de Wilson et Homer (27), todos los tipos de episiotomía suponen un claro aumento del riesgo de desgarros perineales graves.

Por último, Frigerio et al (15) sugiere algunos factores de riesgo emergentes como la obesidad moderada/severa, el uso de oxitocina en la etapa de pujos y un aumento de la biometría al nacer.

Complicaciones

Existe la posibilidad de que las mujeres que sufren algún tipo de herida perineal experimenten problemas o complicaciones derivadas de las mismas. Las complicaciones más frecuentes son la infección y la dehiscencia de la herida. En el estudio de Johnson et

al (17), de las 341 mujeres que respondieron, el 11% tenía evidencia de infección de la herida perineal. No obstante, el 16% informaron síntomas de dolor perineal, el 13% secreción purulenta, el 10% dehiscencia de la herida, el 5% se quejó de tener fiebre o malestar y el 13% buscó ayuda para el tratamiento de la infección de la herida. Por ese motivo, todos se consideraron marcadores individuales de infección de la herida, aunque los más consistentes fueron dolor perineal, secreción purulenta y dehiscencia. Del mismo modo, entre las 828 mujeres con desgarros de segundo grado, Wiseman et al (31) obtuvo una tasa de infección perineal/ruptura de la herida del 1,9%. Sin embargo, relaciona una incidencia tan baja con el hecho de que solo se incluyeron desgarros de segundo grado, cuando normalmente las tasas de incidencia publicadas incluyen desgarros y episiotomías de tercer y cuarto grado que están asociadas con tasas de infección mas altas. En la revisión sistemática que realiza Jones et al (23), la incidencia de infección de la herida por trauma perineal varía de 0,1% a 23,6% y la dehiscencia de la herida de 0,21% a 24,6%.

Gommesen et al (16) descubre que las mujeres con obesidad severa forman un grupo con riesgo de complicaciones de la herida perineal. Un IMC $>35\text{kg/m}^2$ aumenta el riesgo de infección y dehiscencia de la herida. Asimismo, la episiotomía también aumenta el riesgo de infección. Por otro lado, Johnson et al (17) incluye como factores de riesgo asociados a infección la rotura prematura y prolongada de membranas, múltiples exámenes vaginales, episiotomía, grado de desgarro espontáneo, tipo de parto y problemas médicos preexistentes.

En el estudio de Schmidt et al (20), 126 mujeres fueron sometidas a una reparación secundaria temprana de desgarros perineales de primer y segundo grado y episiotomías, siendo las más frecuentes las laceraciones perineales de segundo grado. Asimismo, la indicación más común para la reparación secundaria temprana fue la dehiscencia de la herida en un 55,3%. Había un 19% de sospecha de infección de la herida antes de la reparación secundaria temprana, mientras que el 7.9% se clasificaron como signos objetivos de infección en la visita de seguimiento después de la reparación secundaria temprana.

La revisión sistemática de Wilson et Homer (27) reveló que los desgarros perineales de tercer y cuarto grado que no se reconocen temprano y se reparan adecuadamente

pueden tener consecuencias a largo plazo. Estas complicaciones incluyen dolor perineal continuo, incontinencia fecal y de gases, relaciones sexuales dolorosas, calidad de vida reducida y depresión. Además, desvela que las implicaciones sociales y emocionales significativas pueden afectar el bienestar psicológico de las mujeres y las relaciones familiares. Cabe destacar que las mujeres que han tenido una episiotomía tienen casi el doble de probabilidades de tener incontinencia anal, mientras que las mujeres que experimentan un desgarro perineal de tercer y cuarto grado tienen casi el triple de probabilidades de tener incontinencia anal. De igual manera, otro análisis de la revisión de Wilson et Homer (27) sobre las experiencias de las mujeres de sufrir una rotura de tercer o cuarto grado durante el parto encontró que las mujeres experimentaron aislamiento social y marginación debido a los síntomas asociados y los impactos duraderos en su sentido de identidad.

Prevención

En cuanto a la prevención, Beckmann et Stock (14), Wilson et Homer (27), Ugwu et al (32), Aasheim et al (28) asociaron una reducción de la incidencia de trauma perineal con el masaje perineal prenatal (APM). En el caso de Beckmann et Stock (14), las mujeres que practican el masaje perineal digital desde las 35 semanas de gestación tienen menos probabilidades de sufrir un trauma perineal que requiera sutura en el parto vaginal. Concretamente, existe una reducción estadísticamente significativa del 16% en la incidencia de episiotomías en mujeres que practican masaje perineal digital. En el ensayo llevado a cabo por Ugwu et al (32), las mujeres que recibieron masaje fueron significativamente más propensas a tener un perineo intacto después del parto (50.9% vs 29.1%). Asimismo, la incidencia de episiotomía fue menor en el grupo de intervención (37.7% vs 58.2%). Del mismo modo, las mujeres que recibieron APM fueron significativamente menos propensas a desarrollar incontinencia de gases (8.3% vs 26.0%).

Además del masaje perineal, Homer et Wilson (27) hablan sobre otras recomendaciones prenatales para reducir los desgarros perineales severos. En cuanto al uso de dispositivos, el Epi-No es un dispositivo que se inserta en la vagina durante la última parte del embarazo para, teóricamente, estirar el perineo y, por tanto, reducir el desgarro en el momento del parto. Sin embargo, en la misma revisión, Homer et al (27)

cita a otro autor que en su meta-análisis encontró que el dispositivo Epi-No no redujo las tasas de episiotomía ni la incidencia de desgarros perineales severos. Del mismo modo, el entrenamiento del suelo pélvico no parece reducir las tasas de episiotomía o laceración perineal.

Por otro lado, los autores Aasheim et al (28), Magoga et al (29) identifican que las compresas tibias pueden reducir el trauma perineal. En el caso de Aasheim et al (28), reducen el trauma perineal grave, mientras que en el caso de Magoga et al (29), las compresas calientes aplicadas durante la segunda etapa del trabajo del parto aumentan la incidencia de perineo intacto y reducen el riesgo tanto de episiotomía como de trauma perineal severo.

Sveindottir et al (30) realizó un programa de intervención basado en cuatro elementos para reducir el trauma perineal severo durante el parto: un soporte adecuado del perineo y progreso controlado de la cabeza del bebé, una posición materna que permitió la visualización del perineo durante la última fase del parto, énfasis sobre la buena comunicación entre la matrona o el médico y la mujer que da a luz, y realización de la episiotomía solo con indicación, utilizando la técnica lateral. Tras la intervención, los desgarros de tercer grado disminuyeron en un 40%, y los de cuarto grado disminuyeron en un 56%. Igualmente, la prevalencia de desgarros de segundo grado disminuyó de 44,7% a 36,6%, sin embargo, los de primer grado aumentaron de 25,8% a 33,1%.

Tratamiento

Wilson et Homer (27) proponen como recomendaciones sobre el manejo y cuidado durante el periodo de postparto inmediato: la valoración clínica de los desgarros perineales, el uso de ultrasonido endo-anal para valorar lesiones del esfínter anal, técnicas obstétricas de reparación del esfínter anal y la administración de antibióticos. Un diagnóstico preciso del grado de trauma perineal es fundamental para garantizar que se pueda llevar a cabo un tratamiento adecuado. Una revisión sistemática integrativa sobre los profesionales de la salud identificó que, tanto matronas como médicos, tienen poco conocimiento en anatomía perineal y carecen de educación y capacitación en evaluación clínica y clasificación de desgarros perineales. Este hecho interfiere proporcionando una clasificación errónea de las roturas perineales y su posterior manejo de forma inadecuada.

En cuanto al uso de ultrasonido endo-anal para valorar las lesiones del esfínter anal, en un ensayo de 752 mujeres se encontró evidencia que sugiere que realizada antes de la reparación perineal puede reducir el riesgo de incontinencia anal grave a los 12 meses después del parto, puesto que aumenta el diagnóstico de trauma perineal grave. Respecto a las técnicas obstétricas de reparación anal, tanto la reparación de superposición como la reparación de extremo a extremo parece no haber diferencia en los síntomas entre las dos técnicas a los 36 meses. Por lo que concierne a la administración de antibióticos, no hay pruebas suficientes para determinar si su administración de forma rutinaria antes o inmediatamente después de la incisión o reparación de la episiotomía da como resultado una disminución de la dehiscencia o infección de la herida. Sin embargo, una revisión encontró que los antibióticos profilácticos para los desgarros de tercer y cuarto grado pueden reducir la incidencia de infecciones de la herida a las dos semanas después del parto.

5. CONCLUSIONES

- Las heridas perineales se definen como cualquier lesión en los genitales durante el parto, ya sea de forma espontánea o inducida. Los desgarros perineales se clasifican en grados según la RCOG.

- La incidencia de desgarros perineales oscila entre un 16-78%, siendo los de primer y segundo grado los más frecuentes.

- En cuanto a los factores de riesgo de trauma perineal, el parto instrumentado, un mayor peso al nacer, la primiparidad o nuliparidad, la distocia de hombros, la etnia, la inducción del parto, una segunda etapa prolongada del parto, la presentación OP, una edad gestacional >40 semanas, la posición del parto, un aumento en el trabajo del parto y la episiotomía son los factores más reconocidos/justificados.

- Las complicaciones más frecuentes a corto plazo son la infección y la dehiscencia de la herida. La incontinencia fecal y de gases, las relaciones sexuales dolorosas y una disminución en la calidad de vida son algunos de los efectos más significativos a largo plazo.

- El masaje perineal prenatal y las compresas tibias son los métodos de prevención más eficaces para proteger el perineo de trauma perineal durante el parto.

- Finalmente, las indicaciones a seguir en cuanto al tratamiento se basan en: una valoración clínica adecuada de las heridas que pueda conducir a un diagnóstico preciso, el uso de ultrasonido endo-anal para valorar las lesiones del esfínter anal y el uso de antibióticos para prevenir infecciones en los desgarros severos.

6. RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Resulta imprescindible conocer el concepto y la clasificación de los traumas perineales, ya que permitirá un diagnóstico preciso y, por consiguiente, la elección de un tratamiento adecuado. Para ello, se recomienda la clasificación de los desgarros perineales de la RCOG.

Los factores de riesgo más significativos y que por tanto deben tenerse en cuenta para determinar el riesgo de una mujer a sufrir trauma perineal son: peso del bebé >4kg, distocia de hombros, primiparidad o nuliparidad, edad gestacional >40 semanas, posición del parto (litotomía), segunda etapa prolongada del parto, aumento del trabajo del parto, episiotomía, inducción del parto, etnia y presentación OP.

Los métodos de prevención más indicados según la evidencia publicada son las compresas tibias aplicadas durante la segunda etapa del trabajo del parto y el masaje perineal digital desde las 35 semanas de gestación. Igualmente, un soporte adecuado del perineo, el progreso controlado de la cabeza del bebé y una buena comunicación entre la matrona o el médico y la mujer que da a luz resultan fundamentales para prevenir las heridas perineales.

Las complicaciones a corto y largo plazo pueden producirse por lo que es importante una detección y reparación temprana, así como el posterior seguimiento y control por parte de las matronas. Es importante que en las visitas postnatales las mujeres reciban asesoramiento sobre higiene perineal, una buena dieta y ejercicios del suelo pélvico. También es fundamental que las parturientas obtengan información acerca del reconocimiento de signos y síntomas de infección y dehiscencia de la herida. Además, resulta conveniente implicar a las mujeres en el proceso haciéndolas partícipes y fomentando la relación terapéutica ya que algunas de las complicaciones a largo plazo

como la depresión, las relaciones sexuales dolorosas y una calidad de vida reducida no siempre son expresadas abiertamente por ellas y, por tanto, pueden pasar desapercibidas.

7. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

Se precisa un mayor número de estudios sobre el tratamiento de los desgarros perineales relacionados con el parto ya que la evidencia científica actual resulta muy escasa. Asimismo, sería conveniente realizar más estudios relacionados con la posición materna durante el parto puesto que los datos publicados son limitados.

8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En cuanto a las limitaciones que se han podido observar durante el estudio, muchos autores incluyen la episiotomía como un tipo de trauma perineal, mientras que otros lo consideran un factor de riesgo o un factor protector debido a que la consideran una herida quirúrgica y no un trauma perineal. Esta diversidad en cuanto a su clasificación dificulta la comparación de datos tales como la incidencia de este tipo de lesiones.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. INE. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. [citado 6 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/>
2. Ministerio de Sanidad SS e I. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona) Volumen 3. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Parte 3. Parto. Puerperio y lactancia. Recién nacido. 2014.
3. INE. Nacimientos por tipo de parto, tiempo de gestación y grupo de edad de la madre. [Internet]. [citado 22 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/nacim/a2018/&file=01011.px#!tabs-tabla>
4. Ministerio de Sanidad SS e I. Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Obstétrico Ginecológica (Matrona). Volumen 5. Enfermería Maternal y del Recién Nacido. Parte 2. Complicaciones en el trabajo de parto y

- alumbramiento. Problemas de salud en el puerperio .El recién nacido [Internet]. 2015. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
5. Elizabeth SJS. Trauma perineal en mujeres atendidas por parto vertical en el Centro de Salud Augusto Egas de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas durante el periodo de Octubre del 2014 a Octubre del 2015. 2016;
 6. Gun I, Dogan B, Ozdamar O. Long- and short-term complications of episiotomy. Turkish J Obstet Gynecol. septiembre de 2016;13(3):144-8.
 7. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 165: Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery. Obstet Gynecol [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 22 de febrero de 2020];128(1):e1-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27333357>
 8. Marschalek ML, Worda C, Kuessel L, Koelbl H, Oberaigner W, Leitner H, et al. Risk and protective factors for obstetric anal sphincter injuries: A retrospective nationwide study. Birth [Internet]. 1 de diciembre de 2018 [citado 25 de marzo de 2020];45(4):409-15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29537100>
 9. Fox A. Challenges: perineal wound care in the community. World Irish Nurs Midwifery [Internet]. junio de 2011;19(5):48-50. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104642643&lang=es&site=ehost-live>
 10. De JA, Vargas LC. Factores de riesgo para el desarrollo de desgarro perineal en púérperas atendidas en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Vitarte en el 2014. 2016.
 11. Antonio J, Díaz A, María R, Amézquita R, Isabel T, Rosario A. Revisiones sistemáticas exploratorias. Scoping reviews. Medicina y Seguridad del trabajo. 2009;55(216):12-9. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=21/05/2014-e7053fe25f>
 12. The EQUATOR Network | Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research [Internet]. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.equator-network.org/>
 13. Abedzadeh-Kalahroudi M, Talebian A, Sadat Z, Mesdaghinia E. Perineal trauma: incidence and its risk factors. J Obstet Gynaecol (Lahore). 17 de febrero de

- 2019;39(2):206-11.
14. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. Vol. 2013, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2013.
 15. Frigerio M, Manodoro S, Bernasconi DP, Verri D, Milani R, Vergani P. Incidence and risk factors of third- and fourth-degree perineal tears in a single Italian scenario. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. febrero de 2018;139:43. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=127640119&lang=es&site=ehost-live>
 16. Gommesen D, Nohr EA, Drue HC, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears: risk factors, wound infection and dehiscence: a prospective cohort study. *Arch Gynecol Obstet*. 1 de julio de 2019;300(1):67-77.
 17. Johnson A, Thakar R, Sultan AH. Obstetric perineal wound infection: is there underreporting? *Br J Nurs* [Internet]. 9 de marzo de 2012;S28-35. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104182680&lang=es&site=ehost-live>
 18. Mellizo-Gaviria AM, López-Veloz LM, Montoya-Mora R, Ortiz-Martínez RA, Gil-Walteros CC. Frequency of episiotomy and complications in the obstetrics service of Hospital Universitario San José, Popayán (Colombia), 2016. Exploration of maternal and perinatal factors associated with its performance TT - Frecuencia de la realización de episiotom. *Rev colomb Obs ginecol* [Internet]. 2018;69(2):88-97. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342018000200088
 19. Sangkomkarn U, Kongwattanakul K, Kietpeerakool C, Thinkhamrop J, Wannasiri P, Khunpradit S, et al. Restrictive versus routine episiotomy among Southeast Asian term pregnancies: a multicentre randomised controlled trial. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 20 de noviembre de 2019;
 20. Schmidt LM, Kindberg SF, Glavind-Kristensen M, Bek KM, Nohr EA. Early secondary repair of labial tears, 1st and 2nd degree perineal lacerations and mediolateral episiotomies in a midwifery-led clinic. A retrospective evaluation of cases based on photo documentation. *Sex Reprod Healthc* [Internet]. octubre de 2018 [citado 1 de diciembre de 2019];17:75-80. Disponible en:

- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30193724>
21. Yogev Y, Hiersch L, Maresky L, Wasserberg N, Wiznitzer A, Melamed N. Third and fourth degree perineal tears-the risk of recurrence in subsequent pregnancy. *J Matern Neonatal Med*. 2014;27(2):177-81.
 22. Gebuza G, Kaźmierczak M, Gdaniec A, Mieczkowska E, Gierszewska M, Dombrowska-Pali A, et al. Episiotomy and perineal tear risk factors in a group of 4493 women. *Health Care Women Int* [Internet]. 3 de junio de 2018 [citado 22 de febrero de 2020];39(6):663-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29648935>
 23. Jones K, Webb S, Manresa M, Hodgetts-Morton V, Morris RK. The incidence of wound infection and dehiscence following childbirth-related perineal trauma: A systematic review of the evidence. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 22 de febrero de 2020];240:1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31202973>
 24. Shmueli A, Gabbay Benziv R, Hiersch L, Ashwal E, Aviram R, Yogev Y, et al. Episiotomy—risk factors and outcomes*. *J Matern Neonatal Med* [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 22 de febrero de 2020];30(3):251-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27018243>
 25. Suto M, Takehara K, Misago C, Matsui M. Prevalence of Perineal Lacerations in Women Giving Birth at Midwife-Led Birth Centers in Japan: A Retrospective Descriptive Study. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 1 de julio de 2015 [citado 22 de febrero de 2020];60(4):419-27. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26255802>
 26. Vale de Castro Monteiro M, Pereira GMV, Aguiar RAP, Azevedo RL, Correia-Junior MD, Reis ZSN. Risk factors for severe obstetric perineal lacerations. *Int Urogynecol J* [Internet]. 1 de enero de 2016 [citado 22 de febrero de 2020];27(1):61-7. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26224381>
 27. Wilson AN, Homer CSE. Third- and fourth-degree tears: A review of the current evidence for prevention and management. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* [Internet]. 17 de febrero de 2020 [citado 22 de febrero de 2020];ajo.13127. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32065386>
 28. Aasheim V, Nilsen ABV, Reinart LM, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma [Internet]. Vol. 2017, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd; 2017 [citado

- 25 de marzo de 2020]. p. CD006672. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28608597>
29. Magoga G, Saccone G, Al-Kouatly HB, Dahlen G H, Thornton C, Akbarzadeh M, et al. Warm perineal compresses during the second stage of labor for reducing perineal trauma: A meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de septiembre de 2019 [citado 25 de marzo de 2020];240:93-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31238205>
 30. Sveinsdottir E, Gottfredsdottir H, Vernhardsdottir AS, Tryggvadottir GB, Geirsson RT. Effects of an intervention program for reducing severe perineal trauma during the second stage of labor. *Birth* [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 25 de marzo de 2020];46(2):371-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30444289>
 31. Wiseman O, Rafferty AM, Stockley J, Murrells T, Bick D. Infection and wound breakdown in spontaneous second-degree perineal tears: An exploratory mixed methods study. *Birth* [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 25 de marzo de 2020];46(1):80-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30136338>
 32. Ugwu EO, Ifeikigwe ES, Obi SN, Eleje GU, Ozumba BC. Effectiveness of antenatal perineal massage in reducing perineal trauma and post-partum morbidities: A randomized controlled trial. *J Obstet Gynaecol Res* [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 25 de marzo de 2020];44(7):1252-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29607580>
 33. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, White C, Doherty DA. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women and Birth* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 25 de marzo de 2020];28(1):16-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25476878>
 34. Oliveira LS, Brito LGO, Quintana SM, Duarte G, Marcolin AC. Trauma perineal após parto vaginal em parturientes saudáveis. *Sao Paulo Med J*. 28 de mayo de 2014;132(4):231-8.
 35. Lewis T, DaCosta V, Harriott J, Wynter S, Christie L, Cawich S. Factors related to obstetric third and fourth degree perineal lacerations in a jamaican cohort TT - Factores relacionados con las laceraciones perineales obstétricas de tercer y cuarto grado en una cohorte de Jamaica. *West Indian med j* [Internet]. 2011;60(2):195-8. Disponible en:

http://caribbean.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0043-31442011000200017